

מדינת ישראל
שירות בתי הסוהר
הממונה על עבודות שירות

תאריך: _____

לרופא המטפל

הנדון: חוות דעת רפואית למועמד לעבודות שירות

חלק א'

הנדון:

שם פרטי _____ שם משפח _____ שם האב _____ ת.זהות _____ תאריך לידה _____

המען: _____ טלפונים _____

קופת חולים _____ סניף _____ מקום סניף _____ ישוב _____ טלפון הסניף _____

חלק ב' - ימולא ע"י רופא מטפל ויועבר באמצעות המועמד לרופא שבי"ס.
הנ"ל הופנה על ידי בית המשפט אל הממונה לעבודות שירות, לצורך גיבוש חוות דעת בדבר התאמתו ואפשרות השמתו לריצוי מאסר בדרך של עבודות שירות מידי יום באופן רצוף וקבוע בהיקף של 8.5 שעות ביום. אבקש להעביר אלינו אישור רפואי על מצבו הבריאותי ולמלא חלק ב' של מכתב זה. במידה וקיימת לקות קבועה, מחלה כרונית או שנמצא במעקב רפואי נמשך, יש לצרף על כך אישורים רפואיים.

לכבוד: רופא שבי"ס / ע"ש

להלן פרטים רפואיים על מצבו של הנ"ל: (נא סמן בהתאם לממצאים)

הממצא	כן	לא	הערות
האם הובחנה מחלת נפילה (אפילפסיה)			
האם ידוע על בעיות נפשיות ?			
האם הנבדק חולה במחלה כרונית ?			
האם הנבדק מתוכנן לניתוח או בדיקות עזר ? (מתי ואיזה)			
האם קיימת הכרה בנכות מטעם ביטוח לאומי ?			
האם ידוע על שימוש בסמים ?			
האם בעבר היה בתהליך גמילה מסמים ?			
האם בעבר היה בתהליך גמילה מאלכוהול ?			
האם קיימות מגבלות תפקודיות ?			

הערות הרופא המטפל:

פרטי הרופא המטפל:

שם הרופא _____ חותמת וחתימה _____ תאריך _____

שירות בתי הסוהר / יחידת עבודות שירות / מחוז: _____ ת.ד. _____ עיר: _____

טלפונים: _____ פקס: _____